

SIMILITUDINI PRIVIND TABLOUL CLINIC ȘI ABORDAREA TERAPEUTICĂ A JOCULUI PATOLOGIC DENOROC CUTUL BURAREA DE PERSONALITATE BORDERLINE

Psiholog Drd. Izabela Ramona, Todiri ¹ și Conf. Dr. Viorel, Lupu ²

Universitate "Babeș-Bolyai" Cluj-Napoca, Școla "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, l.ramonatodirita@yahoo.com

Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, violupu@yahoo.com

ABSTRACT: The paper presents a comparison between impulse control disorder – pathological gambling – and borderline personality disorder. The specific characteristics and similarities between the two disorders on Axis I and Axis II are presented in a synthetic way. The most important therapies for both of the disorders are integrated in a way to adapt intervention in the case of a borderline personality disorder with pathological gambling. This is a therapy for one or another disorder can be adapted for a double diagnostic.

Keywords: pathological gambling, borderline personality disorder, therapy.

1. INTRODUCERE

Jocul patologic de noroc face parte din categoria „Tulburărilor controlului impulsului nespecificat în altă parte” conform DSM-IV TR (APA, 2000). Principala caracteristică a acestei categorii este incapacitatea de a rezista unui impuls sau tentații de a efectua un act care este dăunător persoanei respective sau altora. Individul simte o senzație crescândă de tensiune sau de excitație înainte de a comite actul, și apoi experiență plăcută, gratificație sau ușurare în timpul comiterii actului. După act poate exista saunuregt, auto-reproș sau culpă.

Jocul patologic de noroc este conceptualizat ca fiind preocuparea față de joc, cupierderea controlului adecvat asupra oricărui comportament de joc. Se acompaniază de sentimente de vinovăție și izolare atunci când jucătorii încearcă să reducă sau să înceteze această activitate, precum și de dificultățile în relaționarea socială, ca o consecință a jocului excesiv (Derevensky & Gupta, 2000).

Jucătorii patologici suferă de o neșec cronic și progresiv în a rezista impulsului de a juca. Ei prezintă consecințe personale semnificative datorită continuării jocului. După Lupu, 2008 consecințele asociate cu jocul patologic de noroc evoluează cu intensificări și atenuări, dar tind să fie cronice, ducând la dezadaptare școlară, profesională, familială și socială. Acesta se poate complica ușor cu abuzul și dependența de substanțe psihoactive, asocierea cu grupuri antisociale cu săvârșirea unor fapte ilegale, precum și cu frecvente tentative de suicid.

2. STUDII PRIVIND RELAȚIA JOCULUI PATOLOGIC DENOROC CUTUL BURĂRIILE DE PERSONALITATE

În cercetarea sa din 2001, Shulamit sesiza foarte corect, ajutorul fiind de pacienți în și cu diagnostice diferite de tulburarea de personalitate (eșanționul acestuia era constituit în mare parte din persoane cu tulburarea de personalitate borderline-59%), că stigma asociat diagnosticului are costuri uriașe. Ideea conform căreia tulburările de personalitate sunt imposibil de tratat a

făcut un deserviciu atât pacienților cât și specialiștilor care se ocupă de aceste tulburări. Este de preferat un diagnostic pe Axa I unuia de pe Axa II, și mai mult pentru că pacienții cu tulburare de personalitate comunică mai frecvent simptomatologia specifică tulburării de pe Axa I indiferent de tipul de tulburare de pe Axa II.

Cel mai frecvent, jucătorii patologici de noroc dezvoltă tulburarea de personalitate borderline și tulburarea de personalitate antisocială, dar desigur pot apărea cazuri în care evoluția se îndreaptă spre o altă tulburare de personalitate.

Tabel 1. Studii recente relatează comorbidități între jocul patologic de noroc și următoarele tulburări:

| Tipul tulburării | Petry et.al. (2005) | Premper & Schultz (2008) |
|--|--|--------------------------|
| Tulburări de dispoziție | 49,6% | 51,5% |
| Tulburări anxioase | 41,3% | 47,5% |
| Tulburări de personalitate | 60,8% | 27,7% |
| Tulburarea indusă de consumul de substanțe psihoactive | 73,2% alcool 38,1% droguri 60,4% tutun | 25,7% |

Montalvo și Echeburua (2004) au inclus 50 de jucători patologici de noroc într-un studiu privind incareia-ucomparat cu alți 50 de participanți din populația generală, dar care aveau aceleași caracteristici demografice (vârstă, sex, nivel socioeconomic). 32% dintre cei din grupul clinic spre deosebire de 8% din grupul aldoilea aveau cel puțin o tulburare de personalitate. Cea mai frecventă era tulburarea de personalitate borderline (16%) urmată de cea antisocială, paranoidă, narcisică și fără altă

specificație (fiecare cu 8%). Mai mult, jucătorii patologici de noroc cu tulburare de personalitate au prezentat o medie de 1,5 tulburări și simptome mai severe de anxietate, depresie și abuz de alcool. Procentele redată în literatura de specialitate pentru prevalența tulburărilor de personalitate în rândul jucătorilor patologici de noroc demonstrează o discrepanță mare, astfel că este nevoie de studii noi care să elucideze relația. Ele sunt de la 25% (Specker et al., 1996) la 93% (Blaszczynski & Steel, 1998). Montalvo și Echeburua (2004) au folosit un interviu semi-structurat (International Personality Disorders Examination [IPDE]; Loranger, 1995; versiunea spaniolă a lui Lopez-Ibor, Perez-Urdanis, & Rubio, 1996).

Cercetările legate de profilul de personalitate al jucătorilor patologici de noroc sunt slab reprezentate, în afara studierii impulsivității acestora (Blaszczynski, Steel & McConaghy, 1997). Steel și Blaszczynski, 1998 au examinat 82 de jucători patologici de noroc și în urma datelor obținute prin interviul semistructurat (date demografice și istoricul jocului), SOGS (South Oaks Gambling Screen), EIS (Eysenck Impulsivity Scale), Personality Disorder Questionnaire-Revised, Beck Depression Inventory și Beck Anxiety Inventory, au demonstrat că impulsivitatea corelează pozitiv cu gravitatea jocului. Astfel că un scor mare la SOGS, ceea ce înseamnă manifestarea jocului patologic de noroc la o intensitate mai mare și implicit cu costuri mai mari. Autorii vorbesc despre „impulsivitatea-antisocială” asociată Clusterului B și C.

Impulsivitatea și instabilitatea emoțională care apar în tulburările de personalitate au fost scoase în evidență și în jocul patologic de noroc în studii realizate de Petry, Stinson, & Grant, 2005 și Slutske, Caspi, Moffit, & Poulton, 2005.

Jocul patologic de noroc este asociat cu Clusterul C de tulburări de personalitate la care impulsivitatea este caracteristica centrală, ca și la personalitățile antisociale (Fernandez-Montalvo & Echeburua, 2004; Cunningham-Williams, Cottler, Compton & Spitznagel, 1998) borderline, histrionică și narcisică (Blaszczynski & Steel, 1998) (Cluster B). Alte cercetări au raportat că jocul patologic de noroc este asociat cu Clusterul A (paranoidă, schizoidă, schizotipală) și Clusterul C (evitantă, dependentă, obsesiv-compulsivă) (Black & Moyer, 1998; Specker, Carlson, Edmonson, Johnson & Marcotte, 1996).

Myrseth et al., 2009, studiază variabilele de personalitate ca predictorii pentru jocul patologic de noroc. Impulsivitatea, căutarea de senzații, deschiderea față de experiență și neuroticismul împreună cu nivelul de educație explică 71% din variația jocului patologic de noroc la 90 jucători patologici versus 66 non-jucători.

Bagby et al., 2008 compară rezultatele unui grup de non-jucători cu cele ale jucătorilor patologici de noroc care nu solicită tratament utilizând chestionarul SCID-II și SCID-II interviul clinic structurat. Tendința ca simptomele să fie mai bine reprezentate apare în

scorurile chestionarului. Rezultatele arată că grupul jucătorilor are scoruri mult mai mari la tulburarea de personalitate borderline decât grupul de control.

Tabel 2. Rata prevalenței tulburărilor de personalitate la jucătorii patologici de noroc versus non-jucători (Bagby et al., 2008)

| SCID-II | Jucători patologici de noroc (n=61) | Non-Jucători (n=109) |
|----------------------|-------------------------------------|----------------------|
| Borderline B | 10 | 1 |
| Antisocială B | 5 | 1 |
| Paranoidă A | 5 | 2 |
| Obsesiv-compulsivă C | 5 | 2 |
| Evitantă C | 5 | 0 |
| Schizoidă A | 3 | 0 |

Jocul patologic de noroc este asociat cu o derecalitate în viață, pierderea controlului asupra comportamentului de joc, dificultăți financiare, criminalitate crescută, violență domestică și neglijarea familiei (Grant & Kim, 2005) și are costuri mari în ceea ce privește scăderea productivității la locul de muncă, crimele, închisoarea și intervențiile curative (National Gambling Impact Study Commission Final Report, 1999). Astfel că o idee de cercetare ar fi să studieze acei factori care îi determină pe jucătorii ocazionali să oprească jocul la timp fără a dezvolta joc patologic (Raylu, 2002).

3. JOCUL PATOLOGIC DE NOROC ȘI TULBURAREA DE PERSONALITATE BORDERLINE – SIMILITUDINI ÎN CADRUL TABLOULUI CLINIC

Tabel 3. Criterii de diagnostic pentru Jocul patologic de noroc, respectiv Tulburarea de personalitate borderline (cf. DSM-IV-TR)

| JOCUL PATOLOGIC DE NOROC | TULBURAREA DE PERSONALITATE BORDERLINE |
|--|--|
| <p>A. Comportament dezadaptativ de joc de șansă persistent și recurent, după cum este indicat de cinci (sau de mai multe) dintre următoarele:</p> <p>(1) este preocupat de jocul de șansă (de ex., este preocupat de retrăirea experiențelor de joc anterioare, de handicap sau de planificarea șansei ori se gândește la modalități de procurare a banilor cu care să joace);</p> <p>(2) necesită să joace cu sume crescânde de bani în vederea obținerii excitației dorite;</p> <p>(3) are repetate eforturi infructuoase de a controla, reduce sau stopa jocul de șansă;</p> <p>(4) este neliniștit sau iritabil când încearcă să reducă sau să opreze jocul de șansă;</p> <p>(5) joacă pentru a scăpa de probleme ori pentru ușurarea unei dispoziții disforice (de ex., sentimente de vulnerabilitate, de culpă, anxietate sau depresie);</p> <p>(6) după pierderea banilor la joc, revine în altă zi pentru a recupera („urmărire a recuperării” propriilor pierderi);</p> <p>(7) minte membrii familiei, pe terapeut sau pe alții, spre a ascunde dimensiunea implicării în jocul de șansă patologic;</p> <p>(8) comite acte ilegale, precum falsul, fraudă, furtul sau delapidarea, pentru a finanța jocul de șansă;</p> <p>(9) a periclitat sau pierdut o relație importantă, un post, ori o oportunitate educațională sau de carieră din cauza jocului de șansă;</p> <p>(10) se bazează pe alții spre a procura bani necesari ieșirii dintr-o situație financiară disperată cauzată de jocul de șansă.</p> | <p>A. Un pattern pervasiv de instabilitate a relațiilor interpersonale, imaginii de sine și afectelor, și impulsivitate marcată, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, ca indicat de cinci sau mai multe din următoarele:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eforturi disperate de a evita abandonul real sau imaginar. 2. un pattern de relații interpersonale instabile și intense, alternând între idealizare și devalorizare; 3. perturbare de identitate: imagine de sine sau conștiință desinemată și persistent instabilă; 4. impulsivitate în cel puțin două domenii cu potențial autodistructiv (ex., comportament sexual, consum de substanțe, alimentare compulsivă etc.) 5. comportament, gesturi sau amenințări recurente de suicid ori comportament automutilant; 6. instabilitate afectivă datorată unei reactivități marcate a dispoziției (de ex., disforie episodică intensă, iritabilitate sau anxietate durând de regulă câteva ore și numai rareori mai mult de câteva zile) 7. sentiment cronic de vid; 8. mânie intensă și inadecvată sau dificultăți de a-și controla furia (de ex., manifestări frecvente de furie, stare coleroasă permanentă, bătăi repetate); 9. idei paranoide sau simptome disociative severe, tranzitorii, în legătură cu stresul. |

Tabel 4. Note comune Jocul patologic denoroc și Tulburare de personalitate borderline

| Dimensiunea | Jocul patologic denoroc | Tulburare de personalitate borderline |
|---------------------------------|--|---|
| Impulsivitatea | JPN este prin definiție o tulburare a controlului impulsului de a juca. Jocul poate fi asociat sau urmat de comportamente autodistructive (comportament sexual la risc, consum de droguri legale și ilegale, alcool, tutun), Blaszczynsky & Steel, 1998, Lupu & Todiriță, 2010. | Impulsivitate în cel puțin două domenii cu potențial autodistructiv (ex., comportament sexual, consum de substanțe, alimentare compulsivă, conducere sub influența alcoolului). |
| Instabilitate emoțională | Incapacitatea de a-și regla emoțiile. Nevoia de stimulare tot mai puternică pentru a obține același arousal. Jocul este mijloc de evitare a emoțiilor negative sau de producere a emoțiilor pozitive puternice. | Instabilitate afectivă datorată unei reactivități marcate a dispoziției. Dificultățile de control a mâinii. |
| Relațiile interpersonale | Pierderea sau periclitarea relațiilor mai ales cu membrii familiei, dar și cu alte persoane prin faptul că aminte. | Instabilitatea relațiilor între idealizare și devalorizare („trebuie să gășesc pe cineva pe care să mă pot baza”, dar în același timp „nu pot să am încredere în nimeni”). |
| Disocierea | Reacțiile disociative care apar în timpul jocului sunt: pierdere a timpului, de-alungul jocului, sentimentul de a fi o persoană diferită de propria persoană, senzația de extracorporalitate și asistare din afară propriului joc, senzația de intrare în transă și experiențierea unor lacune mnestice pentru lucruri care au avut loc în timpul jocului. (Lupu, 2008). | Simptome disociative severe, tranzitorii, legate de stres. |
| Riscul suicidar | Costul cel mai mare pentru această tulburare îl reprezintă riscul mare de suicid în rândul persoanelor cu joc patologic denoroc. | Unul dintre simptome este reprezentat de gesturile, tentativele de suicid și de comportamentele auto-mutilante. |

4. Intervenția în jocul patologic de noroc

Dintre modalitățile de tratament disponibile în România pentru jocul patologic de noroc (după Lupu, 2008) enumerăm: utilizarea SSRI (Fluvoxamina, Clomipramina, Prozac), a stabilizatorilor dispoziției (Carbamazepine), terapiile cognitiv-comportamentale, incluzând terapia rațional-emoțională și comportamentală, individuale și de grup, consilierea familiei jucătorului, consilierea maritală, consiliere psihologică, și, în unele cazuri, mai ales psihoterapia, să fie specifică doar jucătorilor patologici de noroc. Specialiștii în adictologie și psihoterapeuții cognitiv-comportamentali se ocupă de această tulburare, fără a exista o formare exclusivă pentru intervenția în cazul jucătorilor patologici de noroc. În alte state ale lumii (Elveția, Germania, Canada) există departamente specializate pe jocul de noroc (patologic și/sau problemă) în cadrul instituțiilor de sănătate mintală, spitalelor sau cabinetelor de psihologie.

Dintre intervențiile specifice jocului patologic de noroc descriem în continuare pe cele regăsite în literatura de specialitate. În unele studii apare menționat fenomenul „recuperării naturale”, ce merită să fie analizat, Slutske (2006) raportând un procent de 36-39% de jucători care și-au revenit fără a urma sau a se gândi la vreun tratament.

Jucătorii anonimi - Gamblers Anonymous (GA) – realizat pe modelul Alcoolicilor Anonimi. Rapoartele retrospective spun că între 70 și 90% dintre membrii renunță la grup și doar 10% devin activi. Totuși se obișnuiește să se considere că GA are efecte benefice doar pentru o mică parte dintre membrii. Există și o variantă a GA în care sunt incluși și partenerii jucătorilor numită Gam-Anon.

Intervenții psihodinamice

În 1928 Freud a catalogat jocul de noroc ca fiind o stare compulsivă neurotică conceptualizată ca o adicție asemănătoare alcoolismului și consumului de substanțe (Nower, 2008). Tot Freud considera jocul patologic de noroc ca o modalitate de auto-pedepsă pentru a-și rezolva complexul oedipal, astfel că pacienții încercau să piardă în mod deliberat (Tolchard, 2010). Aceeași sursă prezintă concepția lui Berglar potrivit căreia „jucătorul nu este o persoană care vrea să câștige șor bani... ci un neurotic cu o dorință inconștientă de a pierde”. În 1957 Berglar raportează rezultatele tratamentului a 60 de jucători. El susține că tratamentul are o rată de succes de 75%, dar rezultatele se referă doar la 30% dintre pacienții din lotul inițial – cei care au rămas în tratament. La începutul secolului al XX-lea jocul de noroc era considerat un păcat condamnat de societate. Terapia psihodinamică raportează mai multe studii de caz, acestea fiind realizate și înainte de stabilirea criteriilor de diagnostic pentru jocul patologic de noroc, acesta apărând doar în DSM-III.

Consilierea de cuplu și familială

Clinicienii au observat că familiile jucătorilor patologici de noroc sunt haotice (Petry, 1999). Heineman (1992) a sugerat abordarea problemelor financiare deoarece datorită acumulărilor de dănuțuri financiare sunt foarte mari. Steinberg

(1993) descrie efectul negativ al delegării responsabilității financiare la soțul non-jucător. Boyd și Bolen (1970) focalizează terapia pe identificarea emoțiilor partenerului și înțelegerea jocului în contextul relației. Dintre cei 9 jucători care au participat la acest tip de intervenție 3 au devenit abstinenți, iar ceilalți au redus frecvența ședințelor de joc. Și GA are o componentă pentru parteneri (Gam-Anon), iar participarea activă a acestora la ședințele de tratament, respectiv scade rata renunțării la tratament (Johnson & Nora, 1992; Zion et al., 1991). Tepperman (1985) a comparat participarea cuplurilor membre GA la 12 ședințe de terapie de grup și a membrilor care alegeau să participe fără partener. Doar jumătate dintre jucătorii din ambele categorii au rămas în tratament, deși s-a observat reducerea trăirilor depresive și a conflictelor maritale. Totuși nu s-au observat diferențe între grupuri în manifestarea jocului patologic de noroc sau în problemele psihosociale. Participarea la studiu a fost voluntară ceea ce duce la rezerve cu privire la interpretarea și generalizarea rezultatelor.

Terapia comportamentală

Modelele comportamentale presupun că problematica jocului de noroc este un comportament dezadaptativ învățat pe baza principiilor condiționării operante a lui Skinner și a condiționării clasice a lui Pavlov în care ratele crescute ale întăririlor mențin comportamentul repetitiv care rezistă extincției.

Astfel că știgurile de bani combinate cu starea de excitație și asociate cu condițiile stimulii din mediu și reducerea stărilor emoționale aversive sunt întăriți pozitivi și de aceea întrețin comportamentul de joc (Anderson și Brown, 1984; Dickerson, 1979; Jacobs, 1986). Prin condiționarea clasică stimulii legați de joc sunt asociați cu excitația prin apariția concomitentă a stimulilor condiționați (jocul) și a celor necondiționați (câștigul banilor, excitația) astfel încât, după un timp, stimulii condiționați sunt suficienți pentru activarea stimulilor necondiționați. Astfel, orice expunere la elemente asociate cu jocul vor determina activarea stimulilor necondiționați. Orice întărire pozitivă (câștig) sau negativă (diminuarea nevoii de a juca, eliminarea trăirii negative) va consolida procesul de condiționare operantă și clasică care va forma un patern de comportament (McConaghy, 1980).

Acest model de învățare aduce la aplicarea unei varietăți de tehnici aversive bazate pe condiționarea clasică și operantă pentru a contracara excitația asociată jocului de noroc. Cele mai frecvente modalități sunt cele cu șocuri electrice sau cu agenți farmacologici care produc greață (Barker and Miller, 1968; Koller, 1972; McConaghy et al., 1983; Salzman, 1982; Seager, 1970), senzații difuze (Bannister, 1977; Cotler, 1971), și controlul stimulilor și expunerea (Greenberg and Rankin, 1982).

De exemplu McConaghy et al. (1983) au împărțit randomizat 20 de jucători patologici de noroc în două grupe: terapia ce alterna aversiunea cu relaxarea și desensibilizarea in vitro și apoi a urmărit cele două grupuri pentru un an și a evaluat rezultatele prin

declarațiile participanților referitoare la nevoia de a juca și la comportamentul efectiv.

În studii de amploare 120 de subiecți au fost împărțiți în 5 grupe: desensibilizare in vitro, terapie aversivă, relaxare imaginativă, expuneri in vivo scurte și expuneri in vivo lungi (Blaszczynsky et al. 1991b). Rezultatele au fost clasificate în funcție de încetarea de a mai juca (abstinență) sau control (limitarea numărului de ședințe de joc), iar desensibilizarea a avut efect mult mai bun decât celelalte tehnici folosite în intervenție (Blaszczynsky et al. 1991a; Blaszczynsky et al. 1991b).

Deși terapia comportamentală poate fi eficientă prin reducerea sau eliminarea nevoii de a juca, majoritatea studiilor au avut limite semnificative din punct de vedere metodologic – fie șantioane preamici, fie instrumentele utilizate de genul celor care se bazează pe declarațiile participanților. Modelul comportamental nu explică de ce doar un număr redus de indivizi cedează la programul de întăriri în mediul de joc astfel că dezvoltă un fel de rezistență la extincție. De asemenea, nu explică efectul limitat al pedepsei care se materializează în pierderi enorme, distres emoțional, consecințe financiare, sociale și legale negative spre deosebire de cel al întăririi pozitive date de experiența de joc. Sigur că încetarea jocului și limitarea comportamentului de joc sunt importante, dar datele statistice nu se poate rezuma doar la declarațiile celor din studiu. Trebuie analizate și alți factori implicați ca și cele ale comorbizării și altor strategii de coping de adaptative.

Terapii cognitive-comportamentale

Rolul cognițiilor în cadrul tulburării a fost neglijat în modelul comportamental. Acesta susține că structura credințelor iraționale, înțelegeră greșită a probabilităților și conceptele legate de hazard și de iluzia controlului, relațiile cauzale eronate, explică persistența jocului patologic de noroc independent de consecințe (pierderi) (Ladouceur și Walker, 1996; Toneatto et al., 1997). Experiențe de învățare socială ca acelea de învățare vicariantă prin expunere la jocul părintelui, participarea la activități familiale sau cu colegii care presupun jocul, atitudinile pozitive legate de joc ale părinților duc la considerarea jocului de către copii și adolescenți ca formă plăcută de petrecere a timpului liber. Când timpul pur este instrumentul care dănaștere credinței că acesta este posibil și că jocul este o sursă convenabilă și simplă de a face rost de bani sau de finanțe suplimentare. Creșterea frecvenței și intensității ședințelor de joc duc la creșterea în spirală a pierderilor (Lesieur, 1984) care produc disonanță cognitivă fiindcă jucătorul justifică propriul comportament de joc prin nevoia de a „recupera” și supraestimează probabilitatea de câștig. Cognițiile iraționale se referă la abilități și judecată, iluzia controlului (Langer, 1975); abilitatea de a influența rezultatul la joc, ritualuri ancorate în superstiții (Joukhador, 2003); memorie selectivă și evaluarea biasată a rezultatelor (Gilovich, 1983; Gilovich & Douglas, 1986); „near misses” („pierderi apropiate de câștig”) (Griffiths, 1991); și percepții eronate legate de hazard și de independența evenimentelor (Coulombe, 1992; Gaboury, 1989). Toneatto et al. (1997) și Ladouceur et al. (1989, 1988)

au găsit în mod frecvent că 80% din jucătorii patologici de noroc care caută tratament au o serie de verbalizări sau distorsiuni cognitive cu o medie de 3,5 distorsiuni cognitive pe fiecare participant. Studiile citate în jocul de noroc au demonstrat o relație pozitivă între severitatea jocului și cognițiile iraționale (vezi pentru exemplificare, Felsher et al., 2004).

Tratamentul constă în restructurarea cognitivă împreună cu trainingul abilităților sociale, rezolvarea de probleme și prevenirea recăderilor. Recuperarea se definește în termeni de reducere a cognițiilor eronate și, secundar, corectarea comportamentului de joc (pentru review a studiilor pe terapia cognitivă comportamentală și alte terapii vezi Blaszczynski, 1995; Petry, 2005a; Toneatto, 2003). Rezultatele acestor terapii sunt influențate de fidelitatea raportărilor legate de scăderea simptomatologiei și de utilizarea unei populații nereprezentative pentru problematica jocului patologic de noroc. Adesea acesta are comorbidități, iar eliminarea din studii a celor cu tulburări asociate nu face decât să reducă în sine pentru că sunt prea puțini aceia care au un diagnostic pur de joc patologic de noroc. Terapia cognitivă are o rată de succes de 85% după cum reiese din rapoartele de reducere a comportamentului de joc patologic de noroc și/sau din scorurile la probele de screening sau la instrumentele de măsurare. Totuși eficacitatea terapiei cognitive simple este disputată (Tolchard, 2010).

Nu există un singur model cognitiv-comportamental care să fie aplicabil tuturor pacienților, astfel că au fost descrise mai multe modele de terapie cognitiv-comportamentală (CBT) de către Petry, 2005, Sylvain, et al., 1997, Toneatto, 2003.

Sharpe și Tarrier (1993) au realizat un model de intervenție în cadrul terapiei cognitive-comportamentale care include relaxarea, expunerea și restructurarea cognitivă. Sharpe este foarte adesea citat, dar trebuie să avem rezerve pentru că lipsesc date empirice, iar generalizarea la întreaga paletă a jocului patologic de noroc este greu de realizat.

Blaszczynski și Nower (2005) au găsit trei tipuri de jucători: cei cu condiționare comportamentală (care parcă urmăresc să piardă), cei vulnerabili emoțional (o relație dintre primul tip și markeri de vulnerabilitate) și cei antisociale, impulsivi (o combinație a primelor două tipuri incluzând probleme de personalitate impulsivă și comportamente antisociale). Modelul biopsihosocial include mediul (factorii de mediu determinanți legați de disponibilitate și accesul la jocuri), condiționarea clasică și operantă (excitația, disocierea, creșterea parametrilor fizici creează nevoia de a juca și de a juca ceea ce dă naștere la obiceiuri comportamentale de joc) și schemele cognitive (crențe iraționale cu privire la joc ca și sursă de venituri).

Tolchard & Battersby (2000 & 2010) au realizat studii care susțin că prin expunere se asigură un succes de 70%. Studiul nu a avut un grup de control și rezultatele nu au fost comparate cu cele din alte abordări. Au fost urmăriți protocoale comune pentru toți participanții. Rezultate

similare s-au găsit și în alte rapoarte Kunsher et.al., 2007; Oaksetal.2008; Tolchardet.al.,2006.

Ladouceur et.al. (din 1996 până în prezent) susține că există câteva incongruențe legate de elementele cele mai importante din jocuri care duc la o supraestimare a câștigurilor, la credința că abilitățile influențează rezultatul jocului, credințele eronate că evenimente independente au legături între ele și că hazardul nu are nimic de a face cu jocul.

Abordare terapeutică presupune:

1. educația privind șansele și hazardul
2. provocarea credințelor iraționale ale clientului în timpul ședințelor
3. încurajarea controlului stimulilor și evitarea locurilor ce activează nevoi de a juca (anti-expunere)
4. trainingul privind soluționarea jocului problemă
5. trainingul competențelor sociale și prevenirea recidivelor.

Mai mult de 50% dintre pacienți prezintă un bun răspuns în evoluție. Anti-expunerea poate fi un element care determină rezultatele și nu schimbarea în sine. Introducerea expunerii ca experiment comportamental poate fi mai eficientă.

Ladouceur (2007) prezintă cele patru elemente pe care trebuie să se lucreze pentru rezultate bune: motivația, intervenția comportamentală, intervenția cognitivă și prevenirea recăderilor. Pașii programului propus de Ladouceur sunt:

1. Evaluare pre-tratament
2. Tratamentul (aproximativ 12 ședințe)

Ședința 1 – Creșterea motivației

Ședințele 2 și 3 – Intervenții comportamentale (Lanțul comportamentelor legate de jocul patologic de noroc excesiv, Situații de mare risc, Strategii comportamentale de aplicat)

Ședințele 4 – 10 – Intervenții cognitive (Analiza ședințelor de joc, Definiția șansei/norocului, Importanța dialogului intern, Prezentarea capcanelor jocului, Conștientizarea cognițiilor eronate, Recunoașterea și modificarea cognițiilor eronate)

Ședințele 11 și 12 Prevenirea recăderilor

3. Evaluare post-tratament
4. Follow-up

Petry (2005) propune mai multe elemente care se constituie într-un protocol care durează 8 ședințe cu o frecvență de una pe săptămână, ședințele fiind de grup.

1. informații generale, prezentarea sistemului de recompensare pentru abținerea de la joc, identificarea elementelor care determină nevoi de a juca
2. analiză funcțională a comportamentului de joc
3. creșterea frecvenței activităților plăcute

4. planul de auto-management
5. a face față nevoii de a juca
6. trainingul asertivității și abilității de a refuza jocul
7. schimbarea gândirii iraționale
8. planificarea pentru urgențe și prevenirea recăderilor

Ledgerwood și Petry (2005) au sugerat că pacienții impulsivi ar putea avea mai multe beneficii urmând o terapie CBT decât alt tip de terapie pentru că CBT oferă o abordare structurată cu țintă asupra gândirii distorsionate legate de joc și pune accent pe restructurarea mediului pentru a face jocul mult mai puțin accesibil.

Griffiths (1993) propune metoda audio-playback-ului prin care pacienții gândesc cu voce tare în timp ce joacă și se înregistrează. Apoi se ascultă înregistrarea și se analizează procesul gândirii specific momentului exact al jocului.

Pallesen et.al. și Toneatto et.al., 2003 consideră că CBT este cea mai bună intervenție și că metodele bazate pe expunere au deosebit de bune rezultate prin mărirea efectului și asigurarea urmării.

Nereușita tratamentului este explicată de lipsa de motivație a pacienților care s-au descurtat cu prietenii sau se datorează lipsei de pregătire a terapeutului în abordarea acestor probleme și depășirea de protocol. De asemenea, folosirea tratamentelor inadecvate și costul acestora, împreună cu slaba reprezentare a intervențiilor contribuie la eșecul recuperării acestor persoane.

Nereușita terapiei de până acum și considerând ca motiv al acesteia lipsa motivației pacienților și lipsa de timp alocate intervenției, noile proceduri s-au axat pe creșterea motivației pentru terapie și recuperare.

Terapiile scurte și de scurtă durată a motivației

Terapiile scurte sunt potrivite jucătorilor cu o severitate mai puțin accentuată a pacienților care caută tratament pentru o altă tulburare, dar care au comorbide probleme legate de joc.

MET (Motivational Enhancement Therapy) este o formă de terapie scurtă care apare în literatura de specialitate pentru jucătorii patologici de noroc (Miller, 2002). Această terapie pornește de la ideea că modificările comportamentale se produc în anumite etape (precontemplare, contemplare, acțiune și menținere) și că motivația prezintă o fază în care individul este pregătit să se schimbe, iar această fază poate fi influențată prin intervenții specifice fiecărei etape (Prochaska & DiClemente, 1984). Terapeuții se bazează pe înțelegerea consecințelor utilizării substanțelor de către pacienți și întăresc angajamentul de a se schimba. MET este eficientă pentru reducerea consumului de alcool la alcoolicii severi, iar rapoartele susțin faptul că metoda poate fi utilizată și la jucătorii (Dickenson et.al., 1990, Hodgins et.al., 2001, Wulfert et.al., 2003).

Hodgins et al., 2001 au randomizat 102 jucători patologici de noroc în lista de așteptare-control, un manual de lucru ce conține exerciții CBT sau un singur telefon MET plus manualul de lucru CBT. Cei din grupul MET+manual CBT au jucat mai puțin decât cei de pe lista de așteptare pe termen scurt, dar cei de pe lista de așteptare au primit mai apoi tratament, deci eficacitatea pe termen lung nu a putut fi stabilită. Cei din MET+manual CBT au jucat mult mai puțin decât cei din grupul cu manualul CBT simplu pentru 6 luni și rezultatele s-au menținut și la 1 an la follow-up pentru cei cu severitate mai mică la început.

Petry et al. (2008) au randomizat 180 de jucători patologici de noroc care nu căutau intenționat tratament pentru joc în: grupul de control fără tratament, 10 minute de sfaturi legate de joc care includeau feedback personal și unele tehnici MET împreună cu pașii concreți pentru a reduce jocul, o ședință MET de 50 de minute sau o ședință MET cu 3 ședințe CBT. În cele 6 săptămâni de intervenție cei din grupul în care au primit sfaturi concrete au avut o reducere semnificativă a jocului în comparație cu grupul de control. În celelalte 9 luni rămase nu s-au mai văzut modificări, iar pacienții au continuat să joace mai puțin decât înainte de tratament. Pacienții cu MET simplu nu au avut diferențe semnificative față de grupul de control. Cei din MET+CBT nu au redus jocul mai mult decât grupul de control în primele 6 săptămâni, dar beneficiile intervenției s-au văzut după următoarele 9 luni, la follow-up. Din acest studiu se observă că MET cu CBT are oarecare eficiență în reducerea jocului patologic de noroc (Petry, 2008). Datorită timpului scurt alocat terapiei aceste intervenții pot fi potrivite și pentru abuzul de substanțe sau pentru cei care caută ajutor pentru alte tulburări, dar la screening se observă probleme cu jocul de noroc.

Farmacoterapia

După Lupu (2008) în România se utilizează SSRI (Fluvoxamina, Clomipramina, Prozac) și stabilizatorii dispoziției (Carbamazepina).

Haller și Hinterhuber (1994) studiază utilitatea Carbamazepinei în tratarea pacienților cu joc patologic de noroc. Kim a folosit opioizi antagoniști Naltrexona care se presupune că reduce excitația asociată cu jocul. Alții recomandă SSRI. Clomipramina s-a dovedit a fi mai eficientă decât placebo la pacienții cu joc patologic de noroc și tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă. Moskowitz a tratat trei pacienți cu Litiu și a observat o excitație asociată cu jocul patologic de noroc adesea răut. Fiindcă tulburarea comorbidă adesea cu celele dispoziție se va folosi medicația specifică acestora – antidepressivul pentru care este nevoie de mai multe studii. Unele dovezi susțin că episoadele depresive chiar cresc frecvența ședințelor de joc.

Lupu (2008a) a utilizat terapia rațional emotivă și comportamentală asociată cu medicația de tipul Oxcarbazepinei (Trileptal) care s-a dovedit foarte eficientă aplicată la un caz.

În concluzie, unele studii sugerează că farmacoterapia poate fi utilă în tratarea jocului patologic de noroc. Toate

studiile au eșantioane relativ mici și doar unele folosesc placebo și control. Nu s-a ajuns la un consens legat de o anumită clasă de medicamente care ar fi mai eficace și nici cuprivire la administrarea concomitentă.

În tabelul 5 sunt prezentate studiile care compară eficacitatea a două tratamente pentru jocul patologic de noroc.

Tabelul 5 Compararea eficacității a două tipuri de tratament în jocul patologic de noroc

| Tratamentul și studiul | N | Designul studiului | Rezultate |
|--|----|--|---|
| Terapia de familie și cuplu Johnson și Nora, 1992 | 90 | Compararea grupului de GA la care au participat și soțiile membrilor (Gam-Anon) cu grupul la care nu a participat. | 49% dintre soțiile membrilor GA au participat în grupul Gam-Anon. Tendința a fost pentru o mai mare rată de abținere între GA ai căror soții au participat la Gam-Anon. |
| Tepperman, 1985 | 40 | Membrii ai GA care au participat cu soțiile la 12 ședințe de cuplu comparați cu cei căsătoriți la care nu au participat soțiile. | Reduceri nesemnificative la jucătorii ai căror soții au participat comparativ cu cei ai căror soții nu au participat. |
| Terapia cognitiv-comportamentală McConaghy et al., 1983 | 20 | Împărțire randomizată a grupului de terapie aversivă respective desensibilizare in vitro. | Reduceri semnificative în comportamentul de joc, nevoia de a juca și anxietatea subiecților din grupul de desensibilizare in vitro. |
| Bujold et al., 1994 | 3 | Comparare pre-tratament cu terapia cognitiv-comportamentală | Creșterea controlului perceput asupra jocului și scăderea în severitate a jocului în timpul fazelor de tratament. |
| Sylvian et al., 1997 | 29 | Randomizarea în grupul de terapie cognitiv-comportamentală și lista de așteptare pentru grupul de control. | Creșterea controlului perceput asupra jocului și auto-eficacitate în terapiile de grup și scăderea în frecvența de episoade de joc și a sumei de bani cheltuite pe joc. |
| Dickenson et al., 1990 | 20 | Randomizare în utilizarea unui manual de self-help și a unui interviu plus manualul | Reducerea frecvenței episoadelor de gambling și a sumei de bani cheltuite pe joc în ambele grupuri. |
| Farmacoterapie Hollander et al., 1992 | 1 | Perioada de placebo dublu-orb urmată de clomipramină (10 săptămâni de tratament) | Clinicieni și auto-raportările legate de problemele de joc au indicat „mici îmbunătățiri” după perioada de placebo și „îmbunătățiri mari” după clomipramină. |
| Hollander et al., 1998 | 16 | Perioada de placebo simplu-orb urmată de fluvoxamină (fiecare timp de 8 săptămâni) | 10 subiecți au terminat studiul și 7 au demonstrat îmbunătățiri la nivel clinic în reducerea jocului. |

5. Intervenția în tulburarea de personalitate borderline

Terapia comportamentală dialectică / Dialectical Behavior Therapy (TCD) a fost inițiată de Marsha Linehan și consacrată prin cele două manuale de tratament publicate în 1993: *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* și *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. TCD a fost dezvoltată (Linehan, 1993a, 1993b; Linehan et al., 1991) pentru tratamentul adulților (neinternați) diagnosticați cu tulburare de personalitate borderline, care prezentau probleme cronice de tip parasuicidar.

Dialectica fundamentală în TCD se referă la acceptarea pacienților ca persoane, exact așa cum sunteți (inclusiv învățarea pacientului să se accepte pe sine), dar într-un context în care ei sunt ajutați să se schimbe (Miller & Rathus, 2000).

Linehan (1993a) descrie trei caracteristici ale abordării dialectice: principiul interrelaționării și întregului, principiul polarității și principiul schimbării continue.

Abordarea dialectică, prin utilizarea tehnicilor de mindfulness, care nu încearcă să schimbe nimic, cât și prin tehnicile cognitiv-comportamentale, modelează un comportament și o gândire dialectică din partea pacientului.

Terapia constă în întâlniri individuale săptămânale cu pacientul, combinate cu întâlniri de grup săptămânale pentru trainingul abilităților sociale și consultații telefonice între ședințe în cazul urgențelor. De asemenea, sunt realizate întâlniri săptămânale pentru echipa terapeutică pentru a se asigura aderența la model precum și pentru a oferi consiliere pentru dificultățile care pot să apară în terapia acestor pacienți (Smith & Peck, 2004).

TCD pleacă de la asumția că pacienților le lipsesc abilități socio-emoționale. Astfel, terapia individuală este completată cu un training al abilităților sociale care frecvent se realizează în grup. Există în cadrul acestui training 4 module: "core mindfulness", toleranța la stres, reglarea emoțională și eficiența interpersonală.

În primul stadiu, obiectivul este stabilizarea pacientului și obținerea controlului comportamental. Stadiul următor se concentrează pe tratarea problemelor relaționate cu traume trecute. Stadiul 3 este dedicat creșterii stimei de sine. Ultimul stadiu se dedică optimizării personale a pacientului, transcenderea problemelor de zi cu zi și, în schimb, rezolvarea problemelor existențiale. Strategiile esențiale utilizate în TCD sunt „validarea” și rezolvarea de probleme. Una din strategiile care se utilizează în TCD pentru evaluarea și rezolvarea problemelor clientului, este „analiza secvențială” (chain analysis), o descompunere exhaustivă a lanțului evenimentelor care au precedat și urmat comportamentului. O altă tehnică utilizată este meditația mindfulness, una dintre tehnicile de bază în TCD.

Terapiile cognitive-comportamentale

Abordările cognitive-comportamentale în tratamentul cu pacienții cu borderline pun mare accent pe comportamentele observabile și pe schemele psihice cum ar fi paternuri obișnuite de gânduri în legătură cu sinele și cu lumea înconjurătoare, construite pe parcursul dezvoltării proprii. Terapia se focalizează pe reducerea tendinței de-a gândi dihotomic, ajutând pacientul să-și dezvolte controlul asupra propriilor emoții și impulsuri, urmărindu-se și întărirea sentimentului de identitate (Stone, 2006).

Programul STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving = Sistemul de Training pentru Predictibilitatea Emoțională și Rezolvarea de Probleme) a fost dezvoltat pentru a se adresa distorsiunilor cognitive și incontrollabilității comportamentale tipice clienților cu TPB, combinându-se cu un training pentru dezvoltarea diferitelor abilități și de a-și utiliza sistemul de suport/referință (membrii familiei sau alte persoane semnificative) într-un mod mult mai eficient. Există trei componente principale în cadrul STEPPS-ului și anume: 1) conștientizarea abilității, 2) trainingul pentru managementul abilităților emoționale și 3) trainingul pentru managementul abilităților comportamentale.

Modelul I-BAFT (Integrative Borderline Adolescent Family Therapy) este un tratament intensiv (în care sunt integrate componentele din TCD, cum ar fi filosofia stoică, acceptare, intervenții cognitive-comportamentale și training pentru diverse abilități, adaptate adolescenților

cu TPB și abuz de substanțe) pentru pacienții neospitalizați, care presupune trei întâlniri săptămânale de familie, individuale și intervenții de construire a abilităților, care se vor desfășura pe parcursul a 6-8 luni. I-BAFT urmărește să modifice: a) comportamentul suicidal/parasuicidal, b) abuzul de droguri, c) alte comportamente impulsive și d) dereglări emoționale severe. Există pe parcursul terapiei anumite strategii care urmăresc menținerea în terapie a adolescentului și anume recompensarea acestuia la fiecare reprezentare punctuală a terapiei, la realizarea temelor de casă etc.

Modelul lui Turkat și Maisto (1985)

Reprezintă o abordare cognitiv-comportamentală, fundamentată empiric, prin care se realizează în primul rând formulări detaliate ale problemelor fiecărui client. Modelul este prezentat în volumul coordonat de Opre (2004). După realizarea unei evaluări inițiale amănunțite se generează ipoteze specifice, care sunt testate pe rând utilizând instrumentele disponibile cele mai adecvate. Pe baza formulării cazului, se elaborează un plan terapeutic și odată ce implementarea acestuia, intervențiile care dau rezultate pozitive sunt luate ca probe ce validează formularea inițială. Celelalte intervenții antrenează reevaluarea formulării.

Demersul se concretizează prin mai multe designuri experimentale cu un singur subiect care urmăresc două scopuri: odată să se testeze diferite ipoteze referitoare la tulburările de personalitate și în al doilea rând să urmărească creșterea eficienței tratamentelor individualizate. Turkat și Maisto au adus dovezi empirice pentru susținerea faptului că intervențiile cognitive-comportamentale bazate pe conceptualizări individualizate ale cazurilor pot fi eficiente în tratarea clienților cu TP. Modificările care au apărut în post-test au fost urmări ale schimbărilor în comportamentul acestor clienți și prin instrumente de evaluare validate. Analizând unele cazuri s-a constatat că intervențiile bazate pe conceptualizări individualizate s-au dovedit eficiente în cazul ineficienței altor tratamente simptomatice inefficiente. Diferite rezultate sugerează faptul că strategia lui Turkat și Maisto poate oferi un tratament complet și complex pentru diferiți clienți cu TP și nu doar în cazul tratării unor simptome specifice. Există și studii conform cărora tratamentul nu s-a dovedit eficient pentru mai multe persoane cu TP, problemele apărute fiind: incapacitatea de-a realiza o abordare terapeutică bazată pe formularea de caz, refuzul clienților de-a se angaja în tratament și părăsirea prematură a terapiei. De aici reținem în a generaliza rezultatele (Opre et al., 2004).

O abordare integrativă a tulburării de personalitate borderline

Livesley (2004) argumentează că dovezile empirice susțin o abordare integrativă și eclectică a tulburării borderline. El consideră însă că o abordare eclectică nu este suficientă pentru așpunde complexității tulburării borderline. Ele abordează tulburările de personalitate prin prisma unui model bi-componential: (1) trăsăturile comune sau de bază (core features) prezente la toți pacienții cu TP; și (2) trăsăturile specifice care

reprezintă diferențele individuale în patologia personalității (Livesley, 2004).

Terapiile psihanalitice/psihodinamice

Abordarea psihodinamică încearcă să promoveze integrarea psihică a elementelor dispartite din psihicul pacientului prin examinarea atentă a atitudinilor polarizate (menținute în afara conștiinței prin mecanismul defensiv de splitting), cu speranța că acest lucru va duce la atitudini mai adecvate față de ceilalți și la comportamente mai adaptate în viața cotidiană. Se ia în considerare faptul că terapeutul va experimenta, prin transfer, diferite sentimente puternice care pornesc de la pacientul cu TPB, dar care sunt momentan în afara conștiinței pacientului și sunt puse pe umerii terapeutului prin mecanismul defensiv de identificare proiectivă. Stone (2006) amintește și de transferurile puternice de conținut pe care terapia psihodinamică le presupune ca material util pentru ca terapeutul să le proceseze și, apoi, să le interpreteze pentru pacient, ducând la creșterea conștientizării de către pacient a conflictelor bazale și a atitudinilor sale. Terapia psihodinamică poate fi aplicată doar treptat, pornind de la abordări inițial suportive, la pacienții TPB ce necesită spitalizare datorită tentativelor de sinucidere sau a impulsivității extreme.

Oldham et al. (2001) prezintă terapii psihodinamice care au ca rezultat trei perspective teoretice majore: psihologia egoului, relația obiectuală (object relation) și psihologia sinelui. Majoritatea abordărilor terapeutice pentru pacienții cu TPB pe această filieră nu aderă strict la una singură din aceste cadre teoretice.

Farmacoterapia

Dimeff, McDavid și Linehan, în studiul lor, afirmă că pacienții cu TPB reprezintă o provocare serioasă în domeniul clinic datorită non-complianței la medicația psihotropă, care duce până la o complianță generală scăzută pentru regimul de tratament, de la medicația prescrisă și până la îndeplinirea temelor comportamentale pentru acasă.

Aceștia au descris medicamentele cele mai utilizate în tratarea TPB sunt următoarele: antipsihoticele, antidepressivul, SSRI, Stabilizatori de dispoziție și anticonvulsivante, benzodiazepinele. Puține studii de eficiență/eficacitate au vizat terapia de grup, terapia de cuplu sau terapia familială. Aceste forme nu sunt de primă alegere, dar pot fi utilizate ca adjuvante în terapia pacienților cu TPB.

6. Intervenția în cazul pacienților cu joc patologic de noroc comorbid cu tulburare de personalitate borderline

Una dintre cele mai grave consecințe ale tulburărilor controlului impulsului și a celor de personalitate, în general, a jocului patologic de noroc și a tulburării de personalitate borderline, în particular, este legată de afectarea relațiilor din familie și cuplu. Atât într-o tulburare cât și în alta partenerul/partenera și ceilalți membri ai familiei sunt afectați.

În cadrul jocului patologic de noroc consecințele sunt legate mai ales de pierderea sumelor mari de bani (cu riscul de a pierde toate bunurile și economiile), absența de acasă, lipsa relațiilor cu partenerul/partenera, iar în cazul tulburării de personalitate borderline de relația tensionată datorită dihotomiei particulare tulburării – de la dependență și nevoia acută de partener, la respingerea acestuia pe motive de infidelitate, de lipsa a încrederei, ceea ce duce chiar la deprimarea partenerului/partenerii. Din această perspectivă, în ambele tulburări este nevoie de o intervenție la nivelul cuplului și/sau a familiei. **Consilierea de cuplu și de familie** este un tip de intervenție ce poate fi aplicată atât la borderline cât și la jocul patologic de noroc.

În **terapia comportamentală** întâlnim ca tehnică activarea comportamentală. Atunci când pacientul cu joc patologic de noroc are ca și comorbiditate depresia, tehnica activării comportamentale este foarte utilă. De asemenea, un individ cu tulburare de personalitate borderline poate avea sentimentul de vid ce poate fi contracarat prin activare comportamentală. Analiza funcțională este foarte utilă pentru aflarea rolului pe care îl are jocul de noroc și comportamentele auto-mutilante în cele două tulburări. Aflând rolul acestor comportamente și activitățile care prezintă interes pentru pacienți putem realiza schimbarea comportamentului de adaptativ cu unul de adaptativ (în loc de joc și de auto-mutilare - sporturi chiar și extreme). Relaxarea imaginativă este o tehnică potrivită mai multor tipuri de tulburări, chiar și optimizării personale. Cu atât mai mult, în jocul patologic de noroc, unde este nevoie de control și în tulburarea de personalitate borderline, unde apare imposibilitatea controlului furiei, este nevoie de o tehnică prin care se reinvață controlul asupra reacțiilor propriului organism și apoi asupra propriului sistem de gândire.

Terapia cognitivă presupune monitorizarea cognițiilor iraționale ale pacienților care întrețin simptomatologia, iar în cazul celor două tulburări apar foarte multe cogniții iraționale încadrate în iluzia controlului, luarea deciziilor pe baza superstițiilor, credințe care pot influența rezultatul jocului, că abilitățile formate prin practicarea excesivă a jocului contribuie la câștig și că ședințele individuale de joc au legătură între ele, respectiv „Am nevoie de cineva pe care să mă pot baza, altfel nu voi reuși singur.”, „Nu mă pot baza pe nimeni, toți sunt la fel, la final se dovedesc a fi fără valoare.”, „Dacă îmi place cum s-a îmbrăcat respectiva, înseamnă că nu mă mai iubește deloc.”. Sigur că evaluarea evenimentelor este biasată de sistemul de credințe iraționale și de așteptările eronate specifice acestor tulburări.

Terapia cognitivă comportamentală este cea care se potrivește cel mai bine atât jocului patologic de noroc cât și tulburării de personalitate borderline. Ea se bazează pe restructurarea cognitivă împreună cu formarea abilităților socio-emoționale, dar și pe strategiile de rezolvare a problemelor, mai ales în cazul apariției recăderilor. Judecata în alb-negru a celor cu tulburare de personalitate borderline și iluzia controlului face ca jocul patologic de noroc, cât și celelalte cogniții și credințe iraționale vor fi modificate prin restructurări cognitive.

În același timp se va interveni și asupra comportamentului de joc, respectiv de automutilare prin tehnici specifice intervenției comportamentale.

Intervenția lui Sharpe și Terrier (1993) care utilizează expunerea în combinație cu relaxarea și restructurările cognitive poate fi utilă doar în cazul jocului patologic de noroc, dar și în tulburarea de personalitate borderline.

Toate elementele de intervenție care se referă la comportamentul impulsiv pot fi aplicate cu succesă atât în joc cât și în borderline.

Programul în 8 pași și propus de Petry (2005) poate fi adaptat și celor cu tulburare de personalitate borderline, înlocuind ținta „joc” cu cea de „comportament de automutilare” sau „comportament suicidar/parasuicidar”.

MET este o intervenție utilă în ambele tulburări pentru că la ambele patologii rata de drop-out este foarte mare deoarece apare lipsa motivației: la jucători nu există conștiința bolii (este o tulburare egosintonă) decât în momentul în care tulburarea este severă și apar consecințele mai grave (tentativele de suicid, probleme cu poliția, cământării), iar tulburarea de personalitate are această caracteristică prin definiție. Astfel creșterea motivației poate fi un element cheie în reușita intervenției.

Începe cu șterfarmacoterapia, antidepresivele, SSRI și Carbamazepină sunt tratamentele de elecție.

TCD (terapia comportamentală dialectică) propusă de Linehan este cea mai potrivită atât tulburării de personalitate borderline, cât și jucătorilor patologici de noroc. TCD presupune că pacientul trebuie să accepte și să accepte necondiționată a sinelui în timp ce face schimbări în ceea ce privește comportamentul și sistemul de gândire al acestuia. Abilitățile socio-emoționale ca parte a celor 4 module (alături de „core mindfulness”, toleranța stresului și eficiența interpersonală) este elementul cel mai important în ambele tulburări. Dacă jucătorii se referă la joc datorită unor emoții negative pe care vor să le evite sau pentru că ăuta senzații mai puternice care să elimine plictiseala, cei cu borderline au probleme serioase de inter-relaționare, cu iritabilitate afectivă și discontrolul furiei, iar ambii sunt impulsivi. „Analiza secvențială” a elementelor ce au precedat și au urmat comportamentului de automutilare, respectiv de joc, este o practică utilă pentru a vedea ce din mediu activează acest comportament și să determine ce anume îl întreține.

Un studiu (Linehan et al, 1999) a comparat rezultatele TCD cu tratamentul comunitar obișnuit pentru femeile cu borderline, comportament suicidar și dependență de droguri. Subiecții au fost 28 de femei (vârste 18-45 de ani) randomizate în grupul de TCD sau în cel cu tratament comunitar. Terapia dialectică aplicată a inclus strategii cognitive-comportamentale și strategii de acceptare adaptate după învățăturile Zen. Participanții care au beneficiat de TCD au participat la ședințe de terapie individuală, ședințe de grup pentru dezvoltarea unor abilități și apelurile telefonice de coaching de abilități (când erau necesare). Cei care au primit tratamentul obișnuit au fost trimiși și la programe comunitare,

consilieri psihologici sau au continuat tratamentul cu terapeuții lor anteriori. Rezultatele au indicat o rată de abandon de 36% pentru grupul TCD și 73% pentru grupul cu tratamentul obișnuit. Analizele de urină au indicat o reducere semnificativă a abuzului de substanțe la cei care au primit TCD. La acest grup au apărut și îmbunătățiri semnificative în adaptarea socială și globală, care s-au menținut și la follow-up-ul de 16 luni de după tratament. Rezultatele studiului arată că TCD este un tratament eficient pentru tratarea pacienților sever disfuncțional dependenți de droguri.

Tot pe această linie de cercetare van den Bosch, Verheul, Schippers și van den Brink (2002) au investigat dacă tratamentul standard TCD: 1. poate fi implementat cu succes într-o populație eterogenă de pacienți cu borderline, cu sau fără comorbiditate de abuz de substanțe; 2. este la fel de eficient în a reduce simptomele borderline și la cei cu comorbiditate de abuz de substanțe și la cei fără această comorbiditate; 3. este eficient în a reduce severitatea problemelor de abuz de substanțe. Implementarea TCD a fost examinată calitativ (obiectivul 1). Pentru obiectivele 2 și 3, s-a realizat un studiu clinic controlat care a comparat TCD cu tratamentul comunitar obișnuit la 58 de femei cu TPB, cu vârste între 18-70 de ani și cu (n=31) sau fără (n=27) probleme de abuz de substanțe. Rezultatele indică că TCD standard poate fi aplicat pacienților cu borderline, indiferent dacă aceștia prezintă sau nu comorbiditate cu abuz de substanțe. TCD a condus la reduceri mai mari ale simptomelor severe de borderline decât tratamentul comunitar obișnuit și acest efect nu a fost alterat de prezența unei tulburări comorbide de abuz de substanțe. Însă TCD standard nu a fost mai eficient decât tratamentul comunitar obișnuit în reducerea problemelor de abuz de substanțe.

Variații ale TCC pentru TPB se potrivesc și JPN: STEPPS (System Training for Emotional Predictability and Problem Solving) și I-BAFT (Integrative Borderline Adolescent Family Therapy). Prima include integrarea suportului social în terapie. Este nevoie de implicarea familiei și a prietenilor în terapia jucătorilor patologici de noroc, deci STEPPS este foarte adecvată ca intervenție. I-BAFT merge pe elemente de comportament parasuicidar, abuz de droguri, comportament impulsiv și dereglare emoțională. De asemenea I-BAFT oferă atenție susținută menținerii adolescenților în terapie.

Turkat și Maisto (1985) formulează o serie de ipoteze pentru fiecare caz în parte, iar planurile individualizate aplică preluând pentru următorii pași ceea ce a dovedit că funcționează, modalitate de intervenție foarte utilă în ambele tulburări.

7. Concluzii

Jocul patologic de noroc (JPN) și tulburarea de personalitate borderline (TPB) au în comun anumite elemente (relațiile interpersonale deficitare, instabilitatea emoțională, disocierea, impulsivitatea, riscul suicidar) care determină intervenții terapeutice asemănătoare pentru aceste elemente comune.

În cadrul intervenției în JPN și TBP s-au dezvoltat diferite modele care pot fi adaptate de la o tulburare la alta. De asemenea, anumite intervenții construite pentru un anumit tulburare pot fi adaptate în câștigăse potrivească jocului patologic de noroc comorbid cu tulburarea de personalitate borderline.

Terapia comportamental dialectică (TCD), terapia cognitiv-comportamentală (TCC) cu STEPPS și I-BAFT și terapia jucătorilor patologici de noroc propusă de Petry (2005) sunt formele de intervenție potrivite atât unei tulburări, cât și alteia, dar și în cazul comorbidității celor două.

Bibliografie

* American Psychiatric Association *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, DSM-IV-TR, 2000, ediția a patra revizuită* (2003) Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, București.

** ICD-10 (1998) *Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Simptomatologie și diagnostic clinic.* OMS. Editura AllEducațional, București.

Anderson, G., Brown, I. F. (1984). Real and laboratory gambling, sensation seeking and arousal: Towards a Pavlovian component in general theories of gambling and gambling addictions. *British Journal of Psychology*, 75:401–411.

Bagby, R.M., Vachon, D.D., Bulmash, E., & Quilty, L.C. (2008). Personality Disorders and Pathological Gambling: a Review and Re-examination of Prevalence Rates. *Journal of Personality Disorders*, 22(2), 191–207.

Bannister, G. (1977). Cognitive behaviour therapy in a case of compulsive gambler. *Cognitive Therapy and Research*, 1:223–227.

Barker, J. C., Miller, M. (1968). Aversion therapy for compulsive gamblers. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 146:285–302.

Barlow, D.H. (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders – a Step by Step Treatment Manual*, (4th ed.), New York: The Guilford Press.

Black, D.W., & Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, 49, 1434–1440.

Blaszczyński, A., McConaghy, N., Frankova, A. (1991a). A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioral treatment. *British Journal of Addiction*, 86:1485–1489.

Blaszczyński, A., McConaghy, N., Frankova, A. (1991b). Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: A two to nine year follow-up. *British Journal of Addiction*, 86:299–306.

Blaszczyński, A., Silove, D. (1995). Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 11:195–220.

Blaszczyński, A., Steel, Z., & McConaghy, N. (1997). Impulsivity in Pathological Gambling: the Antisocial Impulsivist. *Addiction*, 92, 75–87.

Blaszczyński, A., & Steel, Z. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14, 51–71.

Blaszczyński, A., & Nower (2002). A Pathway Model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487–500.

Boyd, W. & Bolen, D.W. (1970). The compulsive gambler and spouse in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 20, 77–90

Coulombe, A., Ladouceur, R., Desharnais, R., Jobin, J. (1992). Erroneous perceptions and arousal among regular and occasional video poker players. *Journal of Gambling Studies*, 8:235–244.

Cotler, S. B. (1971). The use of different behavioral techniques in treating a case of compulsive gambling. *Behaviour Therapy*, 2:579–584.

Cristea, I.A., Igna, R., Nicolae, A. & Sucală, M. (2007) Tulburarea de personalitate borderline-certitudini și controverse, Proiect de semestrul anivel Masterat

Cunningham-Williams, R.M., Cottler, L.B., Compton, W. M., & Spitznagel, E. L. (1998). Taking chances: Problem gamblers and mental health disorders—Results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Public Health*, 88, 1093–1096.

Derevensky, J. & Gupta, R. (2000). *Youth gambling: A clinical and research perspective*. Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling (EJGI), 2.

Dickerson, M.G. (1979). Fluctuations and persistence of gambling in the U.K. betting office. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 12:315–323.

Dickerson, M. G., Hinchey, J., & England, S. (1990). Minimal treatments and problem gamblers: A preliminary investigation. *Journal of Gambling Studies*, 6, 87–102.

Dimeff, L., A., McDavid, J., Linehan, M., M. (1999). Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder: A Review of the Literature and Recommendations for Treatment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, Vol. 6, No. 1

Felsher, J. R., Derevensky, J. L., Gupta, R. (2004). Lottery playing amongst youth: Implications for prevention and social policy. *Journal of Gambling Studies*, 20:127–153.

Gaboury, A., Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 4:411–420.

Gilovich, T. (1983). Biased evaluation and persistence in gambling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 110–1126.

Gilovich, T., Douglas, C. (1986). Biased evaluation of randomly determined gambling outcomes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 228–241.

Grant, J.E. & Kim, S.W. (2005). Quality of life of kleptomania and pathological gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 34–37.

Greenberg, D., Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 140:364–366.

Griffiths, M.D. (1991). Psychobiology of the near-miss in fruit machine gambling. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 125, 347–357.

Griffiths, M.D. (1993). Pathological gambling: Possible treatment using an audioplayback technique. *Journal of Gambling Studies*, 9(3), 295–297

Haller, R. & Hinterhuber, H. (1994). Treatment of pathological gambling with carbamazepine. *Pharmacopsychiatry* 27, 129.

- Heineman, M. (1992). Recovery for Compulsive Gamblers and Their Families: Losing Your Shirt. Minneapolis, CompCare Publishers.
- Hodgins, D. C., Currie, S. R., & el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 50–57.
- Jacobs, D. F. (1986). A general theory of addiction: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2:15–31.
- Johnson, E.E. & Nora, R.M. (1992). Does spousal participation in Gamblers Anonymous benefit compulsive gamblers? *Psychological Reports* 71:914.
- Joukhaider, J., Maccallum, F., Blaszczynski, A. (2003). Differences in cognitive distortions between problem and social gamblers. *Psychological Reports*, 92: 1203–1214.
- Ladouceur, R., Walker, M. (1996). A cognitive perspective on gambling. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Trends in cognitive-behavioural therapies* (pp. 89–120). New York: John Wiley.
- Ladouceur, R & Lachance, S. (2007) *Overcoming Pathological Gambling therapist guide*, Oxford University Press.
- Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311–328.
- Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2005). [Current trends and future directions in psychosocial treatments for pathological gambling](#). *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 89–94.
- Lesieur, H.R. (1984). *The chase: Career of the compulsive gambler*. Rochester, Vermont: Schenkman.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Alhno, D. & Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Skills Training Manual for Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press
- Livesley, W.J. (2004). Changing ideas about the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychology*, 34(3), 185–192.
- López-Ibor, J., Pérez-Urdániz, A. & Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad: Módulo DSM-IV. Versión española*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Loranger, A.W. (1995). *International Personality Disorders Examination (IPDE)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Lupu, V. (2008) *Joculpatologic denoroclaa adolescenți*. Editura Risoprint, Cluj-Napoca.
- Lupu, V. (2008a). Cognitive-behavioral therapy in pathological gambling: A case analysis. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8(2), 269–277.
- Lupu, V. & Todiriță, I.R. (2010). Problem Gambling in Romania: Updates, http://www.easg.org/media/file/vienna2010/presentation/Thursday1600/P3/2_Viorel_Lupu_Izabela_Ramona_Todirita.pdf
- McConaghy, N. (1980). Behavioural completion mechanisms rather than primary drive maintain behavioural patterns. *Actas Nervosa Superior [Prah, The Czech Republic]*, 22: 138–151.
- McConaghy, N., Armstrong, M., Blaszczynski, A. P., Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142:366–372.
- Miller, A.R., Rathus, J.H. (2000). Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 42–425.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1992). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Moskowitz, J.A. (1980). Lithium and lady luck: use of lithium carbonate in compulsive gambling. *New York State Journal of Medicine*, 80, 785–788.
- Myrseth, H., Pallesen, S., Molde, H., Johnsen, B.H. & Lorvik, I.M., (2009). Personality Factors as Predictors of Pathological Gambling, *Personality and Individual Differences*, 47, 933–937
- Montalvo, J.F. & Echeburua, E. (2004). Pathological Gambling and Personality Disorders: an Exploratory Study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 500–505.
- National Gambling Impact Study Commission Final Report (1999). Accesat 06.01.2011 <http://govinfo.library.unt.edu/ngisc/reports/fullrpt.html>
- Nower, L. & Blaszczynski, A. (2008). Recovery in Pathological Gambling: an Imprecise Concept, *Substance Use & Misuse*, 43, 1844–1864
- Oakes, J., Battersby, M.W., Pols, R.G., & Cromarty, P. (2008). Exposure Therapy for Problem Gambling via Videoconferencing: A Case Report, *Journal of Gambling Studies* Volume 24, Number 1, 107–118,
- Oldham, J.M. (coord.) (2001). Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. *American Psychiatric Association – Work Group on Borderline Personality Disorder*
- Opre, A. (coord.) (2004). *Noi tendințe în psihologia personalității. Diagnoză, cercetare și aplicații*. Cluj-Napoca, ASCR
- Paris, J. (2005). Recent Advances in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 8, *ProQuest Psychological Journal*, pg. 435.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National problem gambling. Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 564–574.
- Petry, N. M. (2005). Comorbidity of DSM-IV Pathological Gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2293303/>
- Petry, N. (2005a). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Perty, N.M. (2008).

- Petry, N. M. (2009). Disordered Gambling and Its Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 457-467.
- Petry, N. M. & Armentano, C. (1999). Prevalence, Assessment, and Treatment of Pathological Gambling: A Review. *Psychiatric Services*, vol 50, no. 8.
- Premper, V. & Schulz, W. (2008): Komorbidität bei pathologischem Glücksspiel. In Zeitschrift Sucht, 54, heft 3.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin.
- Ramon, S., Castillo, H. & Morant, N. (2001). Experiencing Personality Disorder: a Participative Research. *International Journal of Social Psychiatry*, 47, 1-15.
- Rasmussen, P.R. (2005). *Personality-Guided Cognitive-Behavioral Therapy* American Psychological Association, Washington, DC.
- Raylu, N. & Oei, T.P.S. (2002). Pathological Gambling. A Comprehensive Review. *Clinical Psychology Review* 22, 1009-1061.
- Salzmann, M. M. (1982). Treatment of compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 141:318-319.
- Seager, C. (1970). Treatment of compulsive gamblers using electrical aversion. *British Journal of Psychiatry*, 117:545-553.
- Sharpe, L. (1998). Cognitive-behavioural treatment for problem gambling. IN: V. Caballo (ed) International Handbook of Cognitive and Behavioural Therapy for Psychological Disorders. Pergamon: The Netherlands.
- Sharpe, L., & Tarrier, N. (1993). Towards a cognitive behavioural model for problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, 162, 193-203.
- Slutske, W. S., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2005). Personality and problem gambling. *Archives of General Psychiatry*, 62, 769-775.
- Smith, L., & Peck, P. (2004). Dialectical Behavior Therapy: A review and a call to research, *Journal of Mental Health Counseling*, 21, 1, pag 25
- Specker, S.M., Carlson, G.A., Edmonson, K.M., Johnson, P.E., & Marcotte, M. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 12, 67-82.
- Steinberg, M.A. (1993). Couples treatment issues for recovering male compulsive gamblers and their partners. *Journal of Gambling Studies* 9: 153-167.
- Stone, M., H. (2006). Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry* 5:1
- Sylvain, C., Ladouceur, R. & Boisvert, J.M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65, 727-732.
- Tepperman, J.H. (1985). The effectiveness of short-term group therapy upon the pathological gambler and wife. *Journal of Gambling Behavior* 1, 119-130.
- Tolchard, B. (2010). Cognitive-behaviour therapy for problem gamblers: characteristics of treatment completer's and non-completer's, Accesat 07.01.2011 http://easg.org/media/file/vienna2010/presentations/Wednesday/1330/P3/3_Barry_Tolchard.pdf
- Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R., Tsanos, A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*, 13:253-266.
- Toneatto, T., Ladouceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 284-292.
- Wulfert, E., Blanchard, E. B., & Martell, R. (2003). Conceptualizing and treating pathological gambling: A motivationally enhanced cognitive behavioral approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 61-72.
- Zion, M.Z., Tracy, E. & Abell, N. (1991) Examining the relationship between spousal involvement in Gam-Anon and relapse behaviors in pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies* 7, 117-131.

ANEXE

1. Unta bel meta-analitic studii lor clinice cont relate privind terapiati tulbur arii de personalitate borderline (dup a Cristea et al., 2007)

| Studiu | Terapii psihodinamic a | | Terapii comportamentale dialectice | | Turner (2000) |
|-------------------------------|--|---|---|--|--|
| | Munroe-Blumand Marziali (1995) | Bateman & Fonagy (1999; 2001) | Linehan et al. (1991) (1993) | Verheul et al. (2003) | |
| Eşantion | Bărbați și femei cu TPB. Nu este necesar ca ei să aibă episoade de parasuicidare recente. 1 centru de tratament | Bărbați și femei cu TPB. Nu este necesar ca ei să aibă episoade de parasuicidare recente. 1 centru de tratament | Femei cu TPB. Este necesar ca ei să aibă episoade de parasuicidare recente. 1 centru de tratament | Femei veteranicu TPB. Nu este necesar ca ei să aibă episoade de parasuicidare recente. 1 centru de tratament | Bărbați și femei cu TPB. Au fost trimiși la tratament comunitar de ănatate mentală după o tentativă de suicid. 1 centru de tratament |
| Design | (SCC) | SCC | SCC | SCC | SCC |
| Formatul de tratament | Psihoterapie interpersonală de Grup (PIG) vs. Psihoterapie Dinamică Individuală (1 an) în 5 cohorțe Follow-up după 12 luni | Intervare de zi fundamentală Psihanalitică (IP) vs. Tratament Obişnuit (TO) (18 luni) Terapie de grup + individuală Follow-up în mediul ecologic după 12 luni | TCD vs. TO (12 luni) Terapie de grup + individuală Nuexistă follow-up | TCD vs. TO (6 luni) tratament Terapie de grup + individuală Nuexistă follow-up | Terapie orientată a TCD vs. Terapie centrată pe client (TCC) Ambele tratamente au durat 12 luni. Nuexistă follow-up |
| Nr. sub. randomizați | n=110 | n=44 | n=63 (2 cohorțe) | n=64 | n=26 |
| Abandon din studiu (Drop out) | 31 (28%) s-au retras după randomizare. | 16 din 60 (27%) s-au retras | 10 s-au retras după ă randomizare și încă 7 s-au retras | 2 s-au retras după ă randomizare | 2 s-au retras după ă randomizare; 9 |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|
| out) | Înc ă14dup ămai puține3sesiunide tratament(13%). n=45(41%)r ămași ăntotal. | randomizarea saunuaufost compliantăla cerințele studiului.3 subiecție controlautrecut ăngrupulIP. 3dingrupulIP auabandonatîn decursde6luni. n=6(13.6%). Niciumlnua abandonat terapiadin grupulTO. | aufostexclu și pentru căaurefuzats ă urmezecondi țile studiului n=17(27%).2au renunțatdup ămai puține4 ședințe. n=19(30%); Renunțareala tratamentCDT (16%).TO(14%) | exclușidinanaliz ă.4 dingrupulTCDau refuzattratamentul n=6(10%).Dintrecei careauparticipatla tratament,ratade renunțareafostlaTCD N=14 (37%);laTO,N= 26(77%). | (11%) Renunțareadela tratament: TO-N=2(17%), CDT-N=3(23%)N =8(29%)pertotal | s-auretrasăntimpul tratamentuluiCDT(N=3) &TCC(N=6)(11/ 26:42%pertotal).N=15 paciențiăntreatmentla12 luni |
| Măsurători aleautor ănirii intenționate | ObjectiveBehaviors Index(include tentativeledeucid șiautomutilare) | Suicideand Self-Harm Inventory: episoade de tentativevede suicid+ automutilare | ParasuicideHistory Interview(PHI) Număruldeepisoade deucidăsaucte carenecesit ăaten ție medicalăsau tratamentmedical | Borderline Personality DisorderSeverity Index: comportamente suicidare. Lifetime ParasuicideCount: comportamente automutilante | ParasuicideHistory Interview(PHI) Număruldeepisoade deucidăsaucte carenecesit ăaten ție medicalăsau tratamentmedical | Evaluăricomportamentale țintăscal ădelă0-8,utilizat ă deevaluatori |
| Mascarea (blindness)al evaluatorilor | Neclar | Neclar,dar măsurărilesunt autoevaluări | Prezent | Prezent,darexist ădubii despremen ținerealui | Prezent | Prezent |
| Rezultate | PIG=terapie dinamicăindividual ă la1ani șidup ă12 lunidefollow-up | IP>TOla18 luniatoate măsurătorile IP>TOla18 luni follow-up(cu excepția anxietățiiica trăsătură) | CDT>TO(la sfârșitul tratamentului)pentru acteparasuicidare și ziledeinternare, furie,ajustaresocial ă etc (evaluateprin interviu). | Pentrucomportamentul parasuicidar TCD=TO Automutilare TCD>TO Comportamentimpulsiv TCD>TO | Posttratament:TCD >TOpentru neajutorare,depresie, furie,idea ție suicidară TCD=TOpentru tentativeesuicidare depresie,anxietate, disociere,zilede | Ambeletratamenteau prezentatămbun ățăiri. TCD>TCCla6&12/12 lunipentruauto-rănire/suicid,furie, impulsivitate,ș ănătate mentalăglobal ă,internare. TCD=TCCpentruanxietate |

| | | | | | | | |
|------------|----------------------|--|---|--|---|--|--|
| | | | | CDT=TO la follow-up de 12 luni | | spitalizare | |
| Comentarii | Rat ămare de abandon | Elementele active ale tratamentului sunt neclare. Mărimic ăa eşantionului. Follow-up-ul constatdin continuarea unui tratamentmai puţin intensiv pentru grupul IP | Numaifemei. Mărimic ăa eşantionului. Rat ă mare de abandon pentru TO. | Numaifemei. Mărimic ăa eşantionului. Rat ă mare de abandon pentru TO & CDT. Nuexist ă follow-up. | TO a fost mai sistematizat ăceea ce a condus la o rată mică de abandon. Mărimic ăa eşantionului. Nuexist ă follow-up. | Nuexist ă follow-up. Nu există grup de control. Alianţaterapeutic ă de colaborare este responsabil ă pentru lăfede multdin varianţă în mbun ăţirea pacienţilor ca şidiferenţedintre condiţiile de tratament. | |

Adaptatdup ăDavidson,K.,Gumley,A.,Millar,H.,Drummond,L.,Macaulay,F,Tyer,P.,etal.(2006)A randomizedcontrolledtrialofcognitivebehavioraltherapyforborderlinepersonalitydisorder:rationale,method,and descriptionofsample. *JournalofPersonalityDisorders*,20(5) ,431-449.